

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

79

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

ARTURO ROMERO

Né le 16 Juin 1911, à Ahuachapán, République de El Salvador

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DE LA LANGUE

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE CENTRALE

(Ancienne Maison JOUSSET)

Henri BOUSSARD, Directeur

8, rue de Furstenberg (6^e)

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

ARTURO ROMERO

Né le 16 Juin 1911, à Ahuachapán, République de El Salvador

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS DE LA LANGUE

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE CENTRALE

(Ancienne Maison JOUSSET)

Henri BOUSSARD, Directeur

8, rue de Furstenberg (6^e)

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES . Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME . . . Obstétrique.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.

MM

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirur-
 gicale.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE . . . Pathologie chirurgicale
 TROISIER . . . Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	} Clinique médicale.	BASSET. . . .	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCQ	
AUBERTIN . .		CADENAT. . . .	
BRULÉ		GATELLIER. . .	
CHABROL. . . .		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY. . . .		MOCQUOT. . . .	
DONZELOT . .		MOURE.	
DUVOIR. . . .		QUENU.	
HARVIER. . . .		SCHWARTZ. . .	
LIAN.		VELTER	
PASTEUR-VALLERY- RADOT. . . .			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT. . . .	
LE LORIER. . . .	
LÉVY-SOLAL . .	
METZGER. . . .	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Avec toute ma gratitude.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique de maladies cutanées et syphilitiques,
Officier de la Légion d'Honneur,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

*Avec toute notre reconnaissance pour
l'honneur qu'il nous fait en présidant cette
thèse.*

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR MILIAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

*A qui nous devons le sujet de notre
thèse.*

Très respectueusement.

A M. LE DOCTEUR LUIS EDMUNDO VASQUEZ

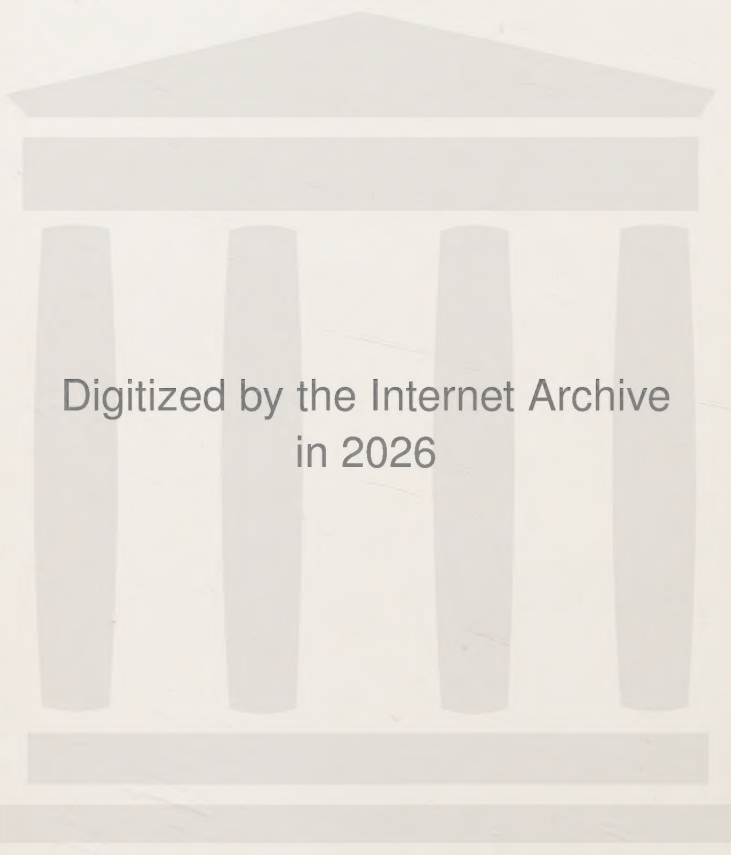
A MES MAITRES

dans les Facultés de Paris et de Montpellier.

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Paris et de Montpellier.

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS DE LA LANGUE

HISTORIQUE

Malgré la rareté des abcès de la langue, rareté sur laquelle tous les auteurs insistent, nous trouvons à leur sujet une série de publications, dont les plus anciennes remontent à plus d'un siècle.

Comme ces abcès se présentent dans la majorité des cas avec un tableau alarmant, chaque observateur a cru bon de le rapporter, accompagné de commentaires. Nous ne manquerons pas à cette règle et nous entreprenons ce travail à l'occasion d'un cas observé dans le service du Docteur Milian, un cas qui nous a frappé, non pas par son cortège des signes à grand bruit, mais au contraire par son allure froide, et par la difficulté qu'il y avait à le différencier des lésions qui ont le même siège et qu'on observe fréquemment dans un service de Dermatologie.

Déjà en 1815, l'abcès de la langue fournit un sujet de thèse. Violliard, sous le nom « Essais sur la Glossite » présente un travail dans lequel il rapportait deux observations. Il insistait sur les causes et sur le traitement qui à son époque se réduisait à des saignées abondantes effectuées à la jugulaire.

Avant cet auteur, des cas épars étaient publiés, plus par les circonstances curieuses qui entouraient l'appar-

rition de l'affection, que par l'intérêt qu'ils attachaient à l'abcès de la langue lui-même.

En 1817, Delaporte soutient une nouvelle thèse « Dissertation sur la Glossite ». Il rapporte trois cas du service de Dupuytren, l'un deux consécutif à une cautérisation de la base de la langue par le sulfate de cuivre qui s'était terminé par la suppuration.

Il cite dans sa thèse Hippocrate et Galien comme ayant déjà traité de cette affection.

En même temps que sa thèse, paraît le 18^e volume du Dictionnaire des Sciences Médicales, où les Docteurs Breschet et Finot étudiaient l'abcès de la langue à l'article Glossite, mais on reconnaît qu'ils ont puisé à la même source que Delaporte.

En 1840, la thèse de Bailleux est publiée, puis la thèse des concours de Maisonneuve en 1848 qui relate des cas intéressants.

Chassaignac, dans le Traité de la Suppuration, lui consacre un article de 4 pages; Lenoël, dans sa thèse (1851) « Des affections chirurgicales de la langue » en fait toute l'étude. Le dictionnaire Déchambre, en 1858, contient un article de Buisson avec quelques observations personnelles.

De là, en dehors de quelques observations isolées, nous en arrivons à la thèse de Caulier « Glossite profonde aiguë » (1885) avec 5 observations dont 2 personnelles.

Sabrazes et Bousquet, en 1897, font les premières études histologiques de la question suivies des thèses de Thiébaud (1894) Saënz (1905) et Duperrier (1906) et des travaux de Morestin (1911).

Depuis, l'abcès de la langue a acquis droit de cité dans les traités classiques.

Il faut néanmoins insister sur deux travaux importants qui ont été consacrés :

1° Un article de Combier et Murard paru dans la *Presse Médicale* 13-9-1922, dans lequel les auteurs insistent sur le rôle primordial des lésions locales : vaires de la langue comme point de départ local des abcès de cet organe.

2° Un mémoire de Dunet et Michon qui met en lumière la part que prend l'infection des glandes salivaires de la langue comme point de départ local des abcès de cet organe.

Ainsi donc, quoique étant une affection rare, les suppurations collectées de la langue n'ont pas laissé indifférents les médecins qui les ont observées, comme le montre ce court historique de la question.

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Nous croyons utile de faire un court rappel anatomique et physiologique de la langue pour rendre plus accessible au lecteur l'anatomie pathologique et la symptomatologie des abcès de cet organe.

La langue est un organe musculaire et muqueux, une sorte de bloc charnu aplati de haut en bas, allongé d'avant en arrière, formé de 17 muscles qui, partis de différents étages de l'appareil hyodien et de l'arc mandibulaire, viennent se presser les uns contre les autres en s'insérant sur une *charpente fibro-aponévrotique*.

Cette *charpente fibro-aponévrotique* est constituée par la membrane hyoglossienne, le septum lingual et la fascia lingual.

La membrane hyoglossienne est une formation membraneuse qui est disposée dans le sens frontal et qui s'insère en bas sur le bord supérieur du corps de l'os hyoïde. Elle présente en haut, un bord libre sous la muqueuse linguale. Elle forme ainsi la limite postérieure de la langue.

Le septum lingual est une formation fibreuse, de forme triangulaire dont sa base verticale se fixe au milieu de la face intérieure de la membrane hyoglossienne et dont le sommet se termine par la pointe de la langue. C'est une cloison sagittale qui divise la masse musculaire de la langue en deux parties symétriques.

Le fascia lingual n'est que le tissu cellulaire du derme de la face dorsale qui présente une texture particulièrement dense et serrée du fait des insertions musculaires qui se font sur lui.

Ces trois formations membraneuses, cloisonnent quoique imparfaitement le corps de la langue.

Le tissu cellulaire est disposé en travées extrêmement minces et ténues, qui forment les cloisons interfasciculaires, car du fait de l'intrication des muscles il n'existe presque pas de cloison inter-musculaire.

Baudet et Dieulafé ont étudié ces espaces cellulux inter musculaires, en faisant macérer des langues fraîches dans une solution très diluée d'acide azotique, et ils en ont trouvé cinq : un espace médian étendu d'une extrémité à l'autre de la langue entre les deux génioglosses, lâche en bas et condensé en haut où il forme le septum lingual; deux espaces latéraux profonds entre le génioglosse en dedans et l'hyoglosse en dehors où on trouve deux petits ganglions et deux espace latéraux superficiels, angles dièdres placés entre la partie supérieure de l'hyoglosse et les muscles longitudinaux du bord de la langue, limité en bas par la muqueuse du sillon alvéolo-lingual.

L'espace latéral profond où loge l'artère linguale communique par l'intermédiaire de l'atmosphère celluleuse périartérielle avec la région sous-maxillaire profonde et les espaces cellulux du cou.

Les lymphatiques naissent des réseaux importants et ténus qui s'anastomosent largement entre eux,

même d'un côté à l'autre de la langue et se réunissent en quelques troncs : dont ceux de la base vont aux ganglions préaryngés, ceux de la pointe à des ganglions préhyoïdiens, et ceux des bords aux troncs lymphatiques afférents aux ganglions de la partie moyenne du cou.

Enfin, tout ce bloc musculaire qu'est la langue est recouvert sur toute sa surface libre par la muqueuse linguale, qui a sous sa dépendance un appareil glandulaire représenté par un grand nombre de glandes salivaires, dont la plupart ne sont que de simples diverticules de la muqueuse, situées immédiatement sous elle, mais dont quelques-unes sont profondément situées. Elles se répartissent en trois groupes :

Un groupe postérieur et médian qui se trouve derrière le V lingual, en dehors de l'amygdale linguale, est formé par des glandes volumineuses dont le canal excréteur s'ouvre soit à la surface libre, soit à la cavité des follicules de l'amygdale.

Le groupe latéral est formé par les importantes glandes de Weber et enfin le groupe antéro-inférieur ou de la pointe où se trouvent des glandes profondément situées dont l'une, plus importante que les autres : la glande de Blandin-Nuhn. (Testut).

La langue par sa muqueuse est l'organe de la gustation et par sa musculature joue un rôle important dans la mastication, dans la déglutition et dans la phonation.

Elle se déplace librement dans la cavité buccale et,

elle jouit en outre, du pouvoir de se protracter et de se rétracter.

L'intérêt de ce court chapitre réside dans les perturbations des fonctions de l'organe engendrées par l'abcès de la langue.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

On a constaté depuis toujours que les lésions inflammatoires profondes de la langue sont rares et que ses plaies guérissent vite et facilement.

Cela paraît paradoxal si on pense à la richesse de la flore microbienne de la cavité buccale et aux traumatismes incessants auxquels la langue est exposée. Et la rareté des abcès de cet organe contraste avec la fréquence des réactions inflammatoires des régions voisines : de l'amygdale, des gencives et du bloc maxillo-dentaire.

Nous pensons que la richesse en lymphatiques et la vascularisation intense de la langue, nous expliquent cette rareté des inflammations ainsi que l'allure subaiguë de certains abcès que la qualité du microbe causal ne saurait éclairer.

Si nous nous rapportons aux observations qui ont été publiées et que nous avons pu lire, nous constatons que cette affection est rare chez le nourrisson, l'enfant et le vieillard. Elle survient chez l'adulte et de préfé-

rence chez l'homme. Il n'existe que 8 % des femmes parmi les cas que nous connaissons.

Quant aux causes, on a incriminé des causes générales et des causes locales.

Parmi les *causes générales*, les anciens auteurs citent : le diabète, la goutte, la scarlatine, la néphrite aiguë, la grippe, la broncho-pneumonie, la variole, la typhoïde, la rougeole.

Si nous analysons leurs observations, nous constatons que le cas de néphrite aiguë publié était accompagné d'angine, que celui du diabète l'était aussi; or, on sait que les épisodes de grippe, de scarlatine, de broncho-pneumonie s'accompagnent presque toujours d'angine. Cette remarque nous conduit à réduire l'importance des causes générales au profit des causes locales et de les considérer, de même que le froid, qui a été invoqué, comme des facteurs adjuvants qui viennent affaiblir la résistance de l'organisme et favoriser l'éclosion d'une infection locale latente.

Parmi les causes locales on a incriminé : l'angine érythémateuse, les amygdalites simples, à fausses membranes, phlegmoneuses, les différentes stomatites, la parotidite (Zazowski), les infections dentaires (Carie dentaire, ostéo-périostite, alvéolo-dentaire, chronique ou aiguë) et pour finir les traumatismes.

Ces derniers relèvent de causes variées : plaies par arêtes de poissons, par une paille (l'épi des voyageurs), par des particules dures et piquantes qui se trouvent dans le tabac à mâcher, par une morsure de la langue soit pendant la mastication, soit pendant une crise épileptique ou un vertige (Michon), par balles de

revolver (tentative de suicide), par tuyaux de pipe, par fraise de dentiste qui, en produisant une effraction de la muqueuse et du parenchyme lingual provoquèrent l'abcès.

Quand il existe une effraction du parenchyme lingual, chez un homme affaibli ou ayant dans la bouche une lésion locale, qui exacerbe la virulence de la flore microbienne buccale, il est facile de concevoir la formation de l'abcès.

Quand, associée à l'abcès de la langue, on ne trouve qu'une angine ou une amygdalite sans manifestation d'un état de moindre résistance, on peut invoquer dans la genèse de l'abcès le phénomène de l'angio-leucite (Inflammation lymphatique), surtout si les ganglions sous angulo-maxillaires ou jugulaires sont engorgés.

Parmi la soixantaine d'observations que nous avons pu étudier, nous trouvons cinq cas dans lesquelles on n'a relevé rien d'autre que des dents en mauvais état, six autres où rien n'était signalé en tant que lésion bucco-pharyngée mais où peut-être l'examen des dents n'avait pas été pratiqué; et enfin un cas de Dunet chez une femme qui n'avait même pas de dent cariée et qui présentait un abcès de la langue d'allure subaigüe du bord gauche à 5 cm. de la pointe dont nous rapportons l'observation.

Nous constatons en outre, que les formes latérales sont très fréquentes; que les formes médianes de la base sont rares, que les formes médianes de la partie libre sont presque inexistantes. Le cas de Papin est unique parmi les cas que nous avons étudiés. Si nous nous rappelons de la disposition en fer à cheval

des glandes salivaires linguales et la fréquence de ces diverses formes d'abcès de la langue, nous sommes en droit de penser, que dans les cas où on ne trouve aucune érosion linguale traumatique, ni aucune lésion buccale qui par le mécanisme de l'angio-leucite expliqueraient la formation de ces abcès, le point de départ de l'affection se trouve dans les glandes salivaires de la langue, qui sont médianes à la base et latérales dans le reste de la langue. Les canaux excréteurs de ces glandes marqueraient le chemin suivi par le microbe causal (le streptocoque généralement, qui est abrité presque constamment, même dans les lésions apparemment bénignes).

Le Docteur Sainton relate deux cas d'abcès de la langue sur deux enfants atteints de rougeole et croit que la propagation se fit par les canaux excréteurs des glandes de Blandin-Nuhn.

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE

L'examen bactériologique des abcès de la langue a été fait très rarement, le tableau clinique que présente les malades ne donnant pas le temps de pratiquer cet examen, dans la majorité des cas. Aussi il nous est difficile de savoir quel est l'agent le plus fréquent de l'affection.

Nous nous rapportons aux recherches qui ont été effectuées antérieurement et à celles que nous avons pratiquées chez notre malade.

Morestin, n'a trouvé dans le pusensemencé sur divers milieux, ni staphylocoques, ni streptocoques, ni pneumocoques. Par contre il y a trouvé un bacille anaérobie et des spirilles.

Michon et Douillet ont trouvé chez un malade un pus très dilué, avec 1 à 2 globules de pus seulement par champ, une flore bactérienne rare, quelques diplocoques à Gram positif, quelques filaments à Gram négatif d'aspect granuleux, des très rares spirilles, pas de bacilles fusiformes. A la culture une flore microbienne banale; staphylocoques, et bacilles pseudodiphthériques.

Dunet a identifié à l'étalement du pus de nombreux cocci. Geodale, de New-York, a trouvé du streptocoque dans deux cas observés.

Papin, de Bordeaux, a trouvé à l'examen cyto-bactériologique de nombreux leucocytes polynucléaires neutrophiles, quelques globules rouges, une flore microbienne abondante, constituée par de très fins cocco-bacilles, Gram négatif du type « Pfeiffer » et quelques rares germes à type « Pneumocoques ».

Chez notre malade nous avons mis en évidence à l'étalement quelques cocci et des spirilles à Gram positif. Par l'ensemencement dans du bouillon peptoné, nous avons obtenu une culture pure de streptocoques en chaînettes de 8 à 15 grains par chaînette, à Gram positif.

Nous pensons que les germes qui déterminent l'abcès de la langue sont variables. Etant donné l'odeur fétide observée par beaucoup d'auteurs, on peut penser à la fréquence des anaérobies et des spirilles

banaux de la bouche. On peut aussi incriminer le streptocoque étant donné l'allure aiguë de l'affection. Dans notre cas, l'abcès qui évoluait vers la chronicité ou plutôt qui après un début aigu, présentait une évolution subaiguë, contenait du streptocoque. Ce cas vient confirmer la fréquence de ce microbe même dans les formes subaiguës.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions et les formes anatomo-pathologiques sont sous la dépendance de la constitution anatomique de la langue.

Ainsi, nous distinguons les formes suivantes d'après le siège de l'abcès : abcès de la portion libre, abcès de la base, abcès latéral et médian.

Les abcès de la portion libre sont rares, plus rares que ceux de la base, ils sont parfaitement limités, saillants, durs et la plupart sont très douloureux au moment de la collection du pus; tout cela est dû à la pauvreté de cette partie de la langue en travées conjonctives et à l'intrication de ses fibres musculaires.

Les abcès de la base, grâce à la richesse relative de la langue en tissus cellulaires dans cette région, prennent souvent une allure phlegmoneuse et à cause de leur siège, déterminent une dysphagie plus marquée et bien souvent de la dyspnée.

Les abcès latéraux se développent dans les espaces celluloux latéraux antérieurement décrits. Ils se caractérisent par leur unilatéralité.

Pour certains auteurs la présence du septum lingual suffirait à expliquer cette particularité, attribuant au manque d'étanchéité parfaite de cette cloison, l'existence de formes médianes décrites par Tédénat.

Sans nier le rôle du septum lingual, qui par sa nature fibreuse servirait de barrage à l'infection, nous croyons avec Dunet et Michon, que l'unilatéralité de ces abcès est due à la localisation du début de l'infection aux glandes salivaires linguales, notamment aux groupes bien individualisés de Weber et Blandin Nuhn.

Les formes médianes de la base seraient dues, elles aussi, à la localisation du début de l'infection au groupe postérieur des glandes salivaires linguales qui est médian.

Les formes médianes de la partie libre seraient dues, très probablement, à une infection qui se développerait dans l'espace sous-muqueux compris entre le bord supérieur du septum lingual et la muqueuse, au niveau d'un de ses diverticules sous muqueux ou bien au niveau d'une érosion linguale visible ou qui aurait passé inaperçue.

Anatomie microscopique. — Il nous est difficile d'apporter une étude microscopique de l'abcès de notre malade, comme il l'a été pour ceux qui nous ont précédé dans ce travail, car les malades guérissent toujours rapidement après l'intervention, et une fois

soulagés on trouve inutile de faire une biopsie qu'il serait bien difficile de faire accepter au malade.

Aussi, nous sommes forcés de nous rapporter aux trois travaux faits dans ce sens.

Sabrazès et Bousquet (1897) ont fait les premiers ce travail histologique chez un de leurs malades qui mourut au troisième jour de son abcès. Puis, Morestin, en 1911, chez un malade qu'il présenta à la Société Anatomique, préleva deux petits fragments au cours de l'intervention : un sur la paroi de l'abcès et l'autre sur le bord d'une incision qui n'avait pas rencontré la collection. Enfin, en 1922, Dunet examina les débris retirés à la curette des parois d'un abcès.

Sabrazès et Bousquet : « Dans le territoire hypertrophié, l'infiltration des cellulaires embryonnaires occupait les différents plans sous-muqueux et musculaires. Les faisceaux musculaires étaient séparés par une véritable injection interstitielle de petites cellules à noyaux multilobés, tassées les unes contre les autres, extraordinairement denses. Les fibres musculaires avaient gardé leur striation et les noyaux du sarcolème étaient en voie de multiplication et entourés de gouttelettes de graisse. Les lymphatiques s'engorgeaient de leucocytes, les veines çà et là thrombosées, les artères relativement saines ».

Morestin dit : « Les fragments des tissus montrent tout le stade de l'inflammation. Sur le fragment prélevé à distance de l'abcès, on voit les faisceaux musculaires dissociés par une énorme infiltration des leucocytes. On en distingue même des amas dans l'épaisseur de la muqueuse et même dans l'épais-

seur de l'épithélium. Les lésions vont s'accroissant jusqu'au foyer où l'on voit les fibres musculaires en voie de complète désagrégation ».

Dunet dans les débris ramenés par la curette, qui représentent les parois de l'abcès a trouvé « Du tissu connectif lâche infiltré de cellules inflammatoires polynucléaires en état de chromatolyse ».

On voit donc que la lésion est d'abord interstitielle, puis détruit l'élément conjonctif et partiellement l'élément musculaire pour aboutir à la formation de l'abcès.

L'infiltration massive de la langue empêche celle-ci de se protracter, donnant ainsi un des principaux signes de l'infection.

ÉTUDE CLINIQUE

Dans sa forme la plus fréquente, l'abcès de la langue est précédé de prodromes, tels que « mal à la gorge », gêne plus ou moins douloureuse à la déglutition, enrouement, léger malaise général, légère céphalalgie, dans les 4 à 8 jours qui précèdent la période de début.

Celle-ci est caractérisée par un gonflement progressif de la langue, qui devient maladroite. Le gonflement est généralement plus accentué d'un côté que de l'autre, en même temps qu'apparaissent les premières douleurs; ces dernières pouvant dans certains cas, précéder le gonflement visible et irradier vers l'une ou les deux oreilles. Des signes fonctionnels accompagnent ce gonflement : dysphagie, dysphonie de plus en plus marquée, pour arriver à leur acmé au bout du 2^e et 4^e jour.

Cette date est celle de la période d'Etat, celle où on voit généralement le malade.

A ce moment :

Les *signes généraux* sont peu marqués, la fièvre ne dépasse pas en général 38 à 38°5, sauf dans certaines formes où elle peut monter jusqu'à 40° et s'accompagner de frissons.

Les *signes fonctionnels* sont presque tous sous la dépendance de la fixité de la langue, celle-ci provoquée en son temps par l'œdème interstitiel et la

diapédèse active que l'infection entraîne en se propageant aux différents plans constitutifs de l'organe.

La fixité de la langue gêne la faculté qu'elle possède de se rétracter, de se protracter et de se mouvoir librement dans la cavité buccale, entraînant ainsi la gêne à la mastication, à la déglutition et à la phonation.

La mastication est impossible, l'alimentation se réduit à des liquides.

La déglutition est très douloureuse, à tel point que le malade, la bouche entr'ouverte laisse couler la salive, qui se secrète d'une façon exagérée, pour s'épargner des douleurs inutiles.

La parole d'abord difficile, embarrassée, devient vite inintelligible, obligeant le malade à se faire comprendre par écrit.

La langue est le siège de douleurs continues ou lancinantes, très violentes parfois et irradiant vers la face ou la tête.

Le trismus est rare et lorsqu'il existe il n'est pas très marqué.

On a signalé aussi la surdité unilatérale et parfois bilatérale.

Enfin, il existe des troubles respiratoires fréquents, dans l'abcès de la base de la langue, et dus au gonflement de cette partie de la langue qui refoule en arrière l'épiglotte ou parfois dus à l'œdème des replis ary-épiglottiques. La dyspnée peut devenir intense, angoissante. Le malade devient cyanosé, le visage vultueux, couvert de sueur. Il y a menace d'asphyxie, l'intervention d'urgence s'impose.

Cette dyspnée a été autrefois la cause de plusieurs trachéotomies.

Les *signes physiques*. Il existe deux signes cardinaux : 1° impossibilité de la protraction, 2° le gonflement de la langue qui, caractères fondamentaux, contrastent avec l'intégrité du plancher buccal, tout au plus infiltré par un œdème mou.

Le gonflement peut être variable. Dans les formes subaiguës il est peu accentué. Il peut être localisé à une seule moitié de l'organe, l'autre restant de consistance et de volume normal. Il peut envahir toute la langue restant toujours sensiblement plus accentué d'un côté.

La langue, très volumineuse, peut toucher le palais et dans certains cas faire saillie en dehors des arcades dentaires; elle présente une coloration rouge-violacé ou plus souvent rouge vif gardant parfois les empreintes dentaires. Elle peut être recouverte d'un enduit blanc jaunâtre. La muqueuse est parfois dépillée.

Au toucher, on constate que la pression digitale de la langue est douloureuse et s'imprime par un godet, mais cette infiltration œdémateuse fait place progressivement à une légère induration presque uniforme qui marque un point bien limité, à résistance plus nette : la place où l'abcès se collectera.

Dans les cas unilatéraux la portion restée saine est souple et indolore.

Si on tire la langue en dehors des arcades dentaires on s'oppose à une résistance qui éveille des douleurs

intolérables, c'est la protraction impossible et douloureuse (signe fondamental par son association au gonflement).

L'exploration du plancher buccal au toucher digital révèle son intégrité parfaite, ou au maximum un œdème peu marqué dont la caractéristique réside dans son indolence et surtout dans sa souplesse parfaite.

Cette intégrité du plancher de la bouche contrastant avec l'énorme tuméfaction de la langue est un signe négatif de très bonne valeur diagnostique.

La région sous-hyoïdienne est légèrement empâtée.

L'adénopathie sous-maxillaire est fréquente; elle peut être unie ou bilatérale et parfois très marquée.

ÉVOLUTION

Il y a des phlegmons linguaux qui tuent en quelques jours à la façon d'un phlegmon hyperseptique du plancher avant d'arriver à la suppuration. C'est l'issue fréquente des abcès qui compliquent une maladie grave.

Dans d'autres cas, arrivé au 8^e ou 10^e jour, le gonflement diminue, les troubles fonctionnels s'amendent et tout rentre dans l'ordre.

Tous les autres cas aboutissent à la suppuration. Au moment où celle-ci se produit il y a une recrudescence des signes locaux et généraux, avec fièvre désarticulée accompagnée de frissons. Puis une détente locale se produit, la tuméfaction se modifie

un peu dans sa forme, et la localisation apparaît le plus souvent évidente. La portion saine de la langue reste relativement souple, tandis que l'autre, montre dans un point bien limité une zone ramollie, dépressible où quelquefois on sent une fluctuation nette, malheureusement rare.

Les abcès tendent à évoluer vers la muqueuse. Ceux qui sont superficiels évoluent plus rapidement et souvent à la face dorsale ou sur les bords de la langue.

Les abcès profonds s'ouvrent aussi, mais très rarement au versant inférieur du bord à la hauteur du V lingual. Le plus souvent la collection s'enkyste au milieu des masses musculaires, provoquant alors des douleurs intolérables accentuant tous les signes locaux.

Si on abandonne les abcès de la base à eux-mêmes, ceux qui ne s'ouvrent pas spontanément, peuvent amener l'asphyxie et autrefois elles ont été la cause de bien des trachéotomies.

Les complications observées sont : la propagation au cou, suivant le trajet des vaisseaux; la gangrène qui autrefois était une complication redoutable causait par la chute des escharres des hémorragies mortelles; l'hémorragie de l'artère linguale a été observée 2 ou 3 fois.

Si on intervient, le pronostic est essentiellement bénin dans les formes subaiguës; bénin et meilleur dans les formes qui siègent dans la portion libre que dans celles de la base.

On a noté quelquefois une séquelle : la formation d'un petit noyau dur à la place de l'abcès qui ne gêne en rien les fonctions de la langue.

Le pronostic est donc grave seulement lorsque l'abcès de la langue survient au cours d'une maladie grave, ou chez un homme affaibli dépendant dans ce cas de la nature de la maladie générale et de la virulence de l'infection locale.

FORMES CLINIQUES

Les différentes formes cliniques peuvent s'isoler, suivant le siège et suivant l'évolution.

D'après le siège on distingue : les formes unilatérales et les formes médianes; les formes sous-muqueuses ou superficielles; les formes de la portion libre et celles de la base.

Les *premières* se reconnaissent à l'inspection et à la palpation, suivant la prédominance du gonflement et de l'intensité de la douleur d'un côté. Ces formes n'ont aucune importance au point de vue pronostic.

Les *formes sous-muqueuses* sont consécutives à une minime effraction de la muqueuse linguale ou à l'inflammation des diverticules superficiels. Elles évoluent dans l'absence complète des signes généraux avec des troubles fonctionnels réduits à une maladresse de la langue. Elles sont faciles à reconnaître à l'inspection et à la palpation qui dénonce une fluctuation à la période d'état. Ces formes peuvent s'accompagner de douleurs dues à la tension de la muqueuse. Elles siègent de préférence sur la face

dorsale. Elles sont faciles à traiter et de pronostic extrêmement bénin.

La difficulté de leur diagnostic réside dans la discrétion des signes cliniques et l'évolution généralement subaiguë.

Les *formes de la portion libre* présentent un intérêt anatomique : elles sont bien limitées; un intérêt clinique : elles ne s'accompagnent presque jamais de dyspnée, les troubles fonctionnels se réduisant souvent à la gêne de la mastication et du langage, et enfin un intérêt pronostic et thérapeutique : elles guérissent vite et bien par simple incision. Caractère qui les différencie *des formes de la base* et qui au contraire sont, anatomiquement, une véritable cellulite, pouvant prendre une extension beaucoup plus grande; cliniquement elles présentent de la dyspnée qui peut aller jusqu'à la suffocation; leur pronostic n'est pas aussi bénin.

D'après leur évolution il y a lieu de distinguer trois formes : la forme suraiguë ou pseudo-phlegmo-neuse très grave, la forme aiguë et la forme subaiguë essentiellement bénignes.

La *forme suraiguë* accompagne souvent une maladie générale (scarlatine, endocardite maligne, rougeole, typhoïde, etc...). Elle présente un début brusque avec fièvre élevée et douleurs extrêmement vives à la déglutition. La douleur est exacerbée au moindre mouvement, croît progressivement et devient pulsatile, puis incessante. Dès cette période l'état général est atteint. L'élévation thermique se situe aux envi-

rons de 40° avec les frissons habituels aux manifestations phlegmoneuses. Le malade est épuisé par l'impossibilité de trouver un soulagement quelconque et de prendre le moindre repos. A cette fatigue s'ajoute l'angoisse d'une gêne respiratoire qu'il sent imminente et qui le prive de tout sommeil. La parole est impossible. Il n'y a pas de trismus. Son pronostic dépend de la précocité de l'intervention.

La *forme aiguë* est la plus fréquente. C'est celle que nous avons décrite avec ses troubles fonctionnels marqués et contrastant avec le peu de gravité des signes généraux.

Et enfin la *forme subaiguë*, qui puise son intérêt dans les problèmes diagnostics qu'elle soulève. Elle peut être subaiguë d'emblée et succéder à une forme aiguë. C'est le cas de notre malade. C'est une forme essentiellement bénigne. La bénignité de cette forme ne dépend pas de la nature de l'agent microbien. Papin a trouvé dans son cas : du coco bacille type Pfeiffer et des germes type pneumocoques, et nous, nous avons trouvé du streptocoque.

Dans notre cas, nous croyons que la virulence du streptocoque a été atténuée par les deux piqûres de Propidon faites par son premier médecin, au moment de la poussée aiguë, atténuation qui aurait commandé l'évolution subaiguë de l'abcès.

Quant au cas de Papin, nous pensons que la santé florissante de son malade, et l'absence chez lui d'affection buccale et générale qui aurait pu augmenter la virulence de la flore microbienne de sa dent

malade, ont contribué à éviter l'évolution aiguë de cet abcès.

Dans cette forme les signes généraux sont nuls, les sièges fonctionnels réduits à leur minimum : langue malhabile, avec une légère difficulté pour parler et une gêne minime à la déglutition.

Signes physiques : à l'inspection on note un gonflement localisé à une partie de la langue, qui n'a pas perdu la faculté de se rétracter et de se protracter. La palpation révèle une induration arrondie ou allongée, régulière, incrustée dans la masse musculaire de la langue, de consistance ferme. On ne perçoit la fluctuation que lorsque l'abcès est superficiel.

DIAGNOSTIC POSITIF

La langue gonflée, douloureuse, fixée, incapable de se protracter, les troubles fonctionnels et les signes généraux modérés, avec un plancher sain ou œdémateux souple, imposent le diagnostic de la forme aiguë de l'abcès de la langue.

Ces mêmes signes exagérés avec fièvre élevée, trissons, fatigue et évoluant rapidement en 2 ou 3 jours, permettent de poser le diagnostic de la forme suraiguë.

La forme subaiguë présente des difficultés diagnostiques même lorsqu'il y a fluctuation et la ponction seule, suivie d'examen de laboratoire, pourra signer la nature de l'affection.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

(formes aiguë et suraiguë)

Les formes aiguës et suraiguës, surtout cette dernière, malgré leur retentissement sushyoïdien fréquent, leurs œdèmes du plancher buccal, leur trismus quoique rare, pourront être différenciées :

I. — *Du phlegmon diffus du plancher buccal* improprement appelé angine de Ludwigg, parce que cette affection s'accompagne :

1° Des signes généraux graves,

2° De trismus constant et très accusé,

3° D'un plancher buccal qui est le siège d'une infiltration extrêmement dure, diffuse et non douloureuse, avec un bourrelet sublingual également très dur.

L'ostéo-phlegmon mentionné (variété de phlegmon du plancher, sans trismus), présente un bourrelet dur qui l'oppose à l'œdème mou de l'abcès lingual. Dans celui-ci, la langue grosse, infiltrée, repose sur un plancher souple, tandis que dans l'ostéophlegmon la langue souple repose sur un plancher infiltré et dur.

II. — *Du phlegmon glosso-épiglottique* caractérisé par des signes respiratoires très accusés, des signes physiques peu visibles et l'état de la langue qui n'est ni fixée, ni douloureuse, ni œdématiée.

III. — *Du phlegmon glosso-thyro-épiglottique*. L'examen au miroir laryngé tranche le diagnostic, d'ailleurs la simple inspection a montré la langue normale.

IV. — *De l'abcès de l'amygdale*. Celui-ci s'élimine par l'intégrité et la souplesse de la langue qui garde toutes ses fonctions.

V. — *De l'inflammation d'un goître de la base de la langue*. Affection rare qui ne présente d'ailleurs aucun des signes qui pourraient prêter à confusion avec l'abcès de la langue.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

(forme subaiguë)

La forme subaiguë, par son manque de signes inflammatoires, ses légers troubles fonctionnels et le gonflement localisé de la langue, prête à confusion avec :

I. — LES TUMEURS SOLIDES :

- 1° *Les fibromes* qui sont plus durs, évoluent très lentement, sans suppurer.
- 2° *Les sarcomes* qui évoluent sans signes généraux jusqu'à l'ulcération en 3 mois à 1 an au plus.
- 3° *L'Epithélioma* toujours superficiel et où la leucoplasie du début, fait place à une ulcération à base très indurée et indolore, s'écarte facilement. Mais certains épithéliomas de la base peuvent donner lieu à des manifestations inflammatoires surajoutées et alors prêter à confusion avec les abcès aigus, desquels on l'isolera par l'âge du malade, l'existence des leucoplasies, l'ulcération indurée et saignant facilement, l'adénopathie secondaire, la fétidité des sécrétions et au besoin par la biopsie.

Ces manifestations inflammatoires peuvent être de véritables abcès de la langue qu'il faut reconnaître à son ensemble des signes et qu'il

faut opérer. Tel est le cas d'un malade dont nous présentons l'observation. Ce malade, qui n'avait jamais rien remarqué sur sa langue, a fait un abcès aigu et ce n'est qu'après l'opération que l'on a pratiqué une biopsie qui montra un épithélioma baso-cellulaire, heureusement à son début, et qu'on a pu exciser à temps.

II. — LES TUMEURS LIQUIDES, lorsqu'il y a fluctuation.

1° *Les lipomes* qui évoluent sans aucun signe général ni fonctionnel. Ils siègent dans la majorité des cas à la face inférieure de la langue et sont d'une coloration jaunâtre. L'épreuve de la glace, qui les solidifie, pourrait aider au diagnostic.

2° *Les kystes* des glandes salivaires de la langue et les *kystes parasitaires*, qui sont extrêmement rares et qui ne peuvent être différenciés que par la ponction.

III. — LES GOMMES.

1° *Les gommes tuberculeuses* qui se développent surtout chez les bacillaires avancés, qui débutent par une nodosité, qui se ramollissent très lentement sans signes généraux et sans signes fonctionnels et qui aboutissent à une ulcération caractérisée par un fond sanieux et irrégulier, et des bords déchiquetés sinueux, décollés et violacés.

Ici, la ponction suivie d'inoculation au cobaye fera le diagnostic dans le cas où ces gommes et ces abcès se développent comme manifestation primitive de la bacillose, cas pratiquement inexistants.

- 2° Les *gommes syphilitiques* qui sont dures à la période de crudité, qui évoluent vers le ramollissement avec fluctuation, souvent au milieu de quelques signes inflammatoires et fonctionnels et qui aboutissent à une large ulcération à un fond bourbillonneux, à bords réguliers, rouges, taillés à pic.

Les antécédents du malade, la multiplicité de ces gommes et leur évolution tranchent le diagnostic.

Dans le cas de doute, (car un syphilitique peut faire un abcès subaiguë de la langue), un traitement d'épreuve peut être nécessaire. La ponction faite même avec une grosse aiguille, malgré la sensation de fluctuation, ne retire qu'un peu de liquide ambré. (Gougerot).

- 3° Les *gommes actinomycosiques* qui sont très rares à la langue et qui y ont été trouvées comme lésions primitives et uniques.

Elles débutent, comme les autres gommes, par un nodule qui évolue vers le ramollissement.

Au stade de nodule, la ponction seule, suivie d'un examen microscopique fera le diagnostic ; et même, dans certains cas de nodule

minuscule où la ponction est blanche, on doit recourir à la biopsie (Venetianer).

La différenciation des abcès subaigus de ces dernières formes de gommes (syphilitiques et mycosiques) présente un intérêt thérapeutique, car l'iodure de potassium employé souvent contre ces gommes, risquerait d'augmenter la suppuration des abcès, surtout de ceux causés par le staphylocoque (Milian).

N.-B. — Nous avons cru utile de rapporter dans la bibliographie des observations des affections qui prêtent à confusion avec l'abcès subaigu de la langue. Voir : Cirillo, Ciantini, Danlos, Gaucher et Weil, Gougerot, Roffo, Venetianer de Budapest.

TRAITEMENT

Il y a intérêt à inciser le plus tôt possible les abcès de la langue. La guérison suivra rapidement.

Pour les abcès superficiels de la face dorsale une petite incision de la muqueuse au point le plus saillant suffit à leur évacuation et à leur guérison rapide ou même une simple ponction à la seringue aboutit au même résultat.

Pour ceux qui siègent au sein même de la masse musculaire, près des bords linguaux, de même que pour ceux de la base, on fait d'abord une incision de 1 à 2 cm. de la muqueuse, et par cette boutonnière on introduit une pince de Kocher fermée, à une profondeur qui peut atteindre jusqu'à 4 cm. que l'on retire ouverte.

Cette petite intervention doit se faire, si possible, à l'anesthésie locale. L'anesthésie générale est dangereuse, surtout dans les formes de la base avec dyspnée, où elle peut provoquer l'asphyxie.

Dans les formes de la base, l'incision doit se faire sur le bord lingual au niveau du V lingual.

Dans la majorité des cas, cette intervention suffit, mais lorsqu'il existe une tuméfaction sushyoïdienne, elle peut être insuffisante et la persistance des troubles fonctionnels et généraux graves exigent une intervention externe qui consiste dans ce cas, à faire une incision médiane du menton à l'os hyoïde, puis une

incision du mylohyoïdien et une séparation des deux genioglosses à la sonde cannelée, suivie de lavage au Dakin et drainage. La guérison survient dans la quinzaine.

Toutes ces interventions peuvent être accompagnées de vaccin anti-infectieux, propidon par exemple ou de sérum anti-gangréneux dans les formes suraiguës, sans négliger bien entendu, les soins locaux. (Gargarismes, compresses chaudes, etc...).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Laroyenne et Belly)

Forme suraiguë

Agé de 54 ans, sans antécédent intéressant, le malade entré le 3 novembre avait vu son affection débiter 4 jours auparavant.

Le 31 octobre, il avait noté une douleur peu vive de la langue ; la nuit suivante, la langue grossit, les douleurs sont violentes, le malade qui a l'impression d'avoir une « langue de bois » ne peut déglutir.

Les signes fonctionnels augmentent rapidement, la déglutition devient totalement impossible. La langue est énorme. Quelques fissures, la température monte à 38°.

A l'examen, le 3 novembre on note l'état général très touché, il a 38°9, un pouls rapide, faciès tiré, un léger subictère des conjonctives. La langue volumineuse est plus hypertrophiée à droite où elle est aussi douloureuse et particulièrement dure. A gauche œdème moins résistant. Il existe un trismus net.

Le plancher de la bouche et la face interne des joues sont sains. Les dents sont en mauvais état, beaucoup manquent ; on note 2 ou 3 dents cariées sans infection gingivale. Il existe des gros ganglions sous maxillaires.

La déglutition et la phonation sont impossibles.

Une intervention est faite d'urgence, sans anesthésie. De l'une des deux incisions faites sur les bords de la langue d'arrière en avant du pus s'écoule et l'abcès se vide rapidement. Le malade immédiatement soulagé peut s'alimenter légèrement. La température tombe, phénomène infectieux *trismus* et dysphagie disparaissent. Le malade sorti quelques jours après ne garde qu'une petite lame de la muqueuse non indurée et non douloureuse au niveau de l'incision.

OBSERVATION II (Truffert)

Forme suraiguë à répétitions

Le 4 février 1931, nous étions appelés auprès de M. F. C., âgé de 32 ans qui était dans un état grave, asphyxiant et chez lequel se posait le problème d'une trachéotomie d'urgence.

Le malade était assis sur son lit, penché en avant, le front appuyé dans la main, n'émettant que des sons inarticulés.

Son entourage me dit que le début de l'affection remontait à 3 jours, sa température était de 40°.

La moindre tentative d'extension de la tête se traduisait par une dyspnée intense, réellement impressionnante.

L'examen rapide me montra qu'il s'agissait d'un phlegmon de la langue et je fis immédiatement transporter le malade dans mon service à l'hôpital Bon-Secours.

Je lui donnai moi-même une légère bouffée de Kélène, puis rapidement je saisis la langue avec une pince à langue et par le bord gauche j'évacuai un très volumineux abcès basal.

Ceci se passait à 4 heures de l'après-midi, à 7 heures le soulagement immédiat s'était accusé, je mobilisai le drain, le malade put s'alimenter.

Le lendemain matin je le trouvais ayant réclamé du café au lait et se déclarant guéri.

Il sortit de mon service le 6 février. Je le revis 5 jours après en apparence complètement guéri.

Le 2 avril 1931, ce malade venait me retrouver à nouveau à Bon-Secours, ayant de lui-même fait son diagnostic et je dus à nouveau inciser sur le bord gauche où une collection était en voie de se reformer.

Il sortit le lendemain sur sa demande et revient me voir quelques jours après se déclarant à nouveau guéri.

Je le croyais comme lui, lorsque le 26 juin 1931, je dus lui ouvrir encore, mais du côté droit cette fois, une collection linguale assez volumineuse dont l'évolution fut également rapide après l'évacuation.

Devant ce caractère itératif, je fis faire un examen de sang et les réactions de Wasserman, de Hecht, de Demoulières furent toutes négatives.

J'examinai à quelques semaines de là le malade, la langue était souple, indolente et je ne trouvai absolument aucune trace des affections passées.

OBSERVATION III (Hamant et Rothau)

Forme aiguë

Homme de 23 ans, garçon de culture, a toujours joui d'une bonne santé. Le 9 mai 1934, dysphagie douloureuse. Se jugeant atteint d'une angine, se soigne lui-même, sans amélioration pendant une semaine. Le 16 mai, la douleur augmente considérablement d'intensité, la déglutition devient impossible, et, très rapidement la langue se tuméfie. Un médecin consulté le 18 mai nous adresse le malade ; il est fébrile (38°9), le faciès émacié et légèrement plombé. Il ne peut s'exprimer que d'une façon peu intelligible ; une sialorrhée abondante s'écoule de ses lèvres, la déglutition étant très douloureuse ; son haleine est fétide. Il ouvre assez facilement la bouche, et l'on constate alors que la cavité buccale est comblée par la langue, énormément tuméfiée. La protusion de la langue est absolument impossible.

Les bords de la langue présentent les empreintes de l'arcade dentaire inférieure. La langue est déviée à droite, sa face supérieure presque latérale droite, le gonflement portant d'une façon beaucoup plus intense sur la moitié gauche de l'organe.

La palpation dénote une consistance ferme, élastique, une rénitence tendue de la moitié gauche ; pas de fluctuation nette.

La muqueuse de la langue et du palais est recouverte d'un épais enduit blanchâtre ; aucune effraction visible à sa surface. Dentition saine. L'examen de la gorge est impossible. Le plancher de la bouche est souple, quoique douloureux, en raison de l'existence d'une adénopathie sous-maxillaire, bilatérale, plus marquée à droite qu'à gauche.

Au lavage de bouche on adjoint une injection de propidon. Dans la nuit, plusieurs crises de suffocation ; la douleur est très intense.

On intervient le lendemain : sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, incision au niveau du bord gauche de la langue, dans la zone la plus acuminée de la tuméfaction ; il s'échappe quelques cc. d'un pus grisâtre horriblement fétide. On élargit la brèche opératoire en écartant les mors d'une pince de Kocher introduite de 3 à 4 cm. dans la cavité de l'abcès, qui siège strictement à gauche du septum médian et n'atteint pas la base de la langue. Lavages de bouche, sérum anti-gangréneux.

Défervescence, accompagnée de la régression rapide de la tuméfaction. Le malade cesse de souffrir, il peut s'exprimer facilement et nous permet d'examiner son pharynx : les régions amygdaliennes, tant palatines que linguale paraissent normales; on ne constate pas d'œdème marqué des valécules et des replis glosso-épiglottiques. La protusion de la langue reste encore très limitée.

OBSERVATION IV (Clavel et Plancher)

Forme aiguë (de la partie libre)

Homme de 59 ans, cultivateur, dans les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels duquel il n'y a rien à relever. Robuste malgré son âge, il travaille encore la terre.

Le malade a l'habitude de mâchonner du tabac à priser qui contient comme il le précise, des particules dures et piquantes. Il se rappelle s'être piqué la langue quelques jours avant de venir à l'Hôtel-Dieu. Et le 5 mai 1932, on doit l'emmener d'urgence parce que depuis deux jours, ont apparus des douleurs linguales très violentes, en même temps que sa langue gonflait et augmentait de volume.

A l'examen : le malade se présente avec une langue énorme, occupant presque toute la cavité buccale plus hypertrophiée et plus douloureuse à gauche. La partie droite également tuméfiée, est plus molle et moins douloureuse. Sur tout le pourtour de l'organe on remarque les empreintes

des dents. La palpation montre une langue dure, non fluctuante. Le plancher de la bouche et la face interne des joues sont normaux. Les dents sont mauvaises : il en manque quelques-unes et les autres sont cariées.

Pas de ganglions carotidiens ni sous-maxillaires.

Il n'y a ni trismus, ni dyspnée, mais la parole est très difficile et la déglutition impossible.

L'état général est très touché : température 38°5, pouls rapide, faciès subictérique, traits tirés. Pas d'albumine, ni sucre dans les urines.

On intervient d'urgence sans anesthésie.

Incision latérale de 2 cm. de long sur le bord gauche de la langue, puis dilacération avec une pince de Kocher. On ouvre une cavité contenant environ 5 cc. de pus fétide, dont l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué.

Le malade est vite soulagé, il peut manger le lendemain.

La température tombe en 2 jours autour de 37°. L'état général s'améliore, le faciès et le teint redeviennent normaux. L'examen de la région est toujours négatif. Il n'y a notamment pas de cancer caché.

OBSERVATION V (Due à l'obligeance de M. Zha

Service du Docteur Halphen)

Forme aiguë et Épithélioma

M. C., âgé de 53 ans, concierge, est envoyé au service du Docteur Halphen par son médecin traitant avec le diagnostic d'abcès de la langue, le 12 juin 1934.

Le malade souffrait depuis 15 jours d'un léger mal à la gorge et d'une légère gêne pour parler. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, il a remarqué que sa langue gonflait petit à petit, surtout du côté gauche ; ce gonflement s'accompagnait d'un gêne marquée pour parler qui augmentait progressivement de même que pour avaler.

Le jour avant son entrée il a présenté en plus de tous ces signes, une dyspnée qui l'a obligé à suivre le conseil de son médecin d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, il est en proie à une dyspnée assez marquée avec grosse difficulté pour parler et ne peut avaler que des liquides. A l'examen, on trouve une langue doublée dans son volume et qu'on ne peut attirer au dehors sans causer de violentes douleurs.

Le plancher buccal est souple. Il n'y a pas de trismus. Il existe des ganglions sous-maxillaires à droite et à gauche, non douloureux.

Le système dentaire est en très mauvais état, toutes les dents sont en fait des chicots. L'haleine est mauvaise.

Sur la langue et en face d'un chicot pointu on découvre une petite érosion.

L'état général est bon, l'appétit est conservé, il n'y a pas de fièvre.

Après ces constatations, le Docteur Buneau ouvre l'abcès, il s'en écoule du sang noirâtre mélangé à du pus d'une fétidité extrême. Le malade est soulagé immédiatement et le soir toute gêne pour parler, avaler et surtout la dyspnée sont presque complètement disparus. Le lendemain on a pratiqué l'extraction du chicot situé en face de l'érosion linguale.

M. C..., est resté 4 jours hospitalisé et comme on a remarqué que la plaie d'ouverture qui siégeait au même endroit que la petite érosion déjà notée ne cicatrisait pas, et qu'en plus il présentait une adénopathie sous-maxillaire, on fait une biopsie qui a montré un épithélioma basso-cellulaire, au début.

On a fait revenir le malade et on a excisé cet épithélioma limité et à son début, à l'anse diathermique (M. Zha).

J'ai revu ce malade le 27 novembre. Il présente une langue maladroite, pâteuse comme il dit, déviée à gauche et de la gêne pour parler. A la joue gauche on note une petite plaque de leucoplasie. Les dents sont toujours en mauvais état et il persiste une adénopathie sous-maxillaire que le malade dit avoir depuis toujours.

Parmi ses antécédents personnels, on trouve un ictère à 30 ans et que depuis 5 ans il est soigné pour asthme et emphysème. Marié depuis 7 ans. Jamais d'antécédent spécifique. B. W. négatif.

Parmi ses antécédents familiaux on ne trouve rien chez ses parents qui sont morts déjà à un âge très avancé. Sa

femme est bien portante, elle a eu 6 enfants et 6 fausses-couches avec son premier mari, mais ses enfants se portent très bien et les fausses couches étaient intercalées entre les premiers enfants.

Intérêt de l'observation : Il s'agissait dans ce cas d'une forme aiguë des abcès de la base de la langue, développé sur un cancer.

OBSERVATION VI (Papin)

Forme subaiguë d'émblée (médiane)

M. L..., âgé d'une quarantaine d'années, vient consulter pour une « tumeur de la langue » qu'il a constatée depuis huit jours environ et qui l'inquiète. Il est hanté naturellement par la crainte du cancer. Mon examen me permet de le rassurer très vite à cet égard, mais ne laisse pas que de me causer d'assez grandes hésitations au point de vue du diagnostic exact.

Ce qu'on trouve dans cette langue est, en effet, assez inhabituel. Il existe en plein corps charnu de la langue, dans sa partie mobile, une tumeur régulière, arrondie, et parfaitement médiane. Une noix qu'on aurait incluse au sein de la masse musculaire, sur la ligne médiane, représenterait bien ce qu'on trouve à la palpation. Les contours sont réguliers, la consistance plus ferme que celle du reste de la langue ; sur la face dorsale, dont la tumeur semble être un peu plus proche que de la face inférieure, la pression détermine une certaine douleur. La langue, ainsi augmentée de volume, est mal à l'aise dans la bouche, et le malade parle avec quelque difficulté.

Il se serait aperçu de cette grosseur il y a moins d'une semaine, en tirant sa langue au dehors avec les doigts pour examiner une dent qui lui faisait mal. C'est même à cet acte qu'il attribue sa production ; à partir de ce moment en effet il en a souffert. Les diverses applications faites sur la langue n'ont produit aucun effet.

L'état général paraît parfait ; le malade ne s'est pas aperçu qu'il ait eu de la fièvre. C'est un homme de bonne santé, dont l'interrogatoire ne révèle aucun antécédent tuberculeux, syphilitique ou autre.

Outre la réaction de Wassermann que je fais naturellement faire, le moyen le plus simple d'établir un diagnostic me paraît être une ponction, qui pourra permettre d'identifier certaines lésions (abcès, tuberculose, kystes, etc.) et de le différencier des tumeurs solides comme le lipôme, etc. Cette ponction avec une aiguille un peu forte, retire vite du pus assez épais, en partie hématique, qui est envoyé au laboratoire. L'examen qui en est fait donne le résultat suivant :

Cytologie : Nombreux leucocytes polynucléés, neutro accompagnés de globules rouges.

Bactériologie : La méthode de Gram met en évidence une flore microbienne abondante, constituée par de très fins cocobacilles Gram négatifs du type Pfeiffer, et par quelques rares germes du type pneumocoques. La recherche des bacilles acido-alcoolo résistants a donné un résultat négatif.

Par ailleurs, la réaction de Wassermann est formellement négative. Le diagnostic est donc assuré d'abcès de la langue. L'évacuation de l'abcès le surlendemain a donné une guérison rapide et complète.

M. F. Papin, *Bordeaux Chirurgical*, n° 2, avril 1933, p. 179. Abcès de la langue.

OBSERVATION VII (Dunet)

Forme subaiguë d'emblée

Femme de 56 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 novembre 1921, pour une petite grosseur du bord marginal gauche de la langue, à 5 cm. environ de la pointe, de la grosseur d'une noisette et apparue depuis 3 semaines environ.

Dans les premiers jours, la petite tumeur a augmenté lentement de volume, puis s'est mise à croître très rapidement dans les jours précédant l'entrée à l'hôpital.

A l'entrée, elle présente les signes suivants : elle est arrondie, superficielle et nettement fluctuante sans aucune trace d'induration périphérique ; pas de ganglions ; pas de température ; aucun signe fonctionnel.

L'interrogatoire ne révèle aucune notion étiologique digne d'intérêt : ni piquûre, ni ulcération, pas de dent cariée, ni infection buccale.

On fait le diagnostic d'abcès : une ponction avec une petite aiguille ramène du pus.

Anesthésie locale par infiltration à l'alocaïne ; une incision de 2 cm. environ évacue 5 cm³ de pus jaunâtre assez bien lié. A l'aide d'une petite curette, on retire quelques fongosités qui seront examinées histologiquement.

La guérison s'obtient en 8 jours de la façon la plus banale, sans suppuration et la malade dont on a pu avoir de nouvelles récemment (janvier 1923) n'a jamais présenté ni récédive, ni trouble fonctionnel.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Forme subaiguë à la suite d'un abcès aigu

Le malade M. T..., manœuvre, âgé de 56 ans, vient consulter le 15 novembre 1934, envoyé par son médecin, parce qu'il est gêné pour manger et présente dans sa langue un petit nodule légèrement douloureux.

Le début de sa maladie remonte au 4 octobre environ. A cette époque, le malade raconte avoir eu mal à la gorge et senti des ganglions sous-maxillaires légèrement douloureux. Ce mal à la gorge s'est accompagné dans les jours qui suivirent, d'un épaississement progressif de la langue, surtout du côté droit, entraînant une gêne également progressive pour avaler les aliments solides et pour parler. La langue était maladroite dans ses mouvements.

Ce n'est que le 10 octobre que sa langue volumineuse, mais surtout du côté droit, commença à lui faire mal.

⁹Cette légère douleur accompagnée du gonflement lingual l'ont empêché de prendre toute nourriture même liquide.

Il n'a pas pris sa température, mais ne s'est pas senti févreux.

Le 12 octobre, constatant qu'il ne pouvait plus s'alimenter, il va consulter un médecin, qui le fait revenir le

lendemain pour lui faire une piqûre de propidon, qui provoqua une poussée de fièvre à 39°5.

L'état ne s'est pas amélioré. La langue est restée volumineuse. Les troubles fonctionnels inchangés, la douleur supportable.

Le 17 octobre, il va revoir son médecin qui lui fait une 2^e injection de propidon. Il présente à nouveau une réaction fébrile et le lendemain, le volume de la langue diminue de même que les troubles fonctionnels. Il peut avaler les liquides avec facilité et son médecin ne juge pas utile de lui refaire une 3^e piqûre de propidon.

Son état s'est amélioré rapidement. Le 25 octobre, il ne présentait plus aucune gêne et pouvait manger à volonté. Cependant, il sentait dans la langue un petit nodule (comme un pois) auquel il n'attacha aucune importance, rassuré qu'il était par son médecin.

Il a repris son travail le 1^{er} novembre et 3 jours après il remarqua de nouveau que sa langue devenait maladroite pour parler et pour avaler. Les jours suivants il note que sa langue s'épaissit petit à petit au niveau de l'ancien nodule (pois). Le 10 novembre il décide d'aller consulter un autre médecin, qui après l'avoir examiné le dirige sur le service du Docteur Miliau où il entre le 13 novembre 1934.

A l'examen local on constate que la langue est augmentée de volume dans sa moitié droite et recouverte d'un enduit jaunâtre sauf sur une surface ovalaire (3 cm. de long et 2 cm. de large) de cette même moitié, à 3 cm. de la pointe (empiétant sur le bord droit) au niveau du maximum de l'épaississement où la langue est complètement décapillée.

Le malade tire sa langue avec facilité en avant des arcades dentaires.

Au toucher on sent : un noyau comme une noisette, ovoïde, allongé d'avant en arrière, de consistance ferme, légèrement douloureux à la pression, incrusté dans l'épaisseur de la langue.

L'examen des parties voisines montre une gorge légèrement rouge, le plancher de la bouche souple non douloureux. Pas de leucoplasie. Les dents sont en très mauvais état : à la mâchoire supérieure il ne lui en reste que 10, dont la

2° prémolaire gauche n'est qu'un chicot. A la machoire inférieure, plusieurs sont cariées.

Il existe une adénopathie sous-maxillaire droite non douloureuse et un ganglion sous-angulo-maxillaire gauche petit et dur.

Les troubles fonctionnels sont très réduits. Il sent sa langue lourde et maladroite, ce qui entraîne une légère difficulté pour déglutir les aliments solides et pour parler. Pas de signes généraux.

A l'examen général du malade on trouve une peau intacte, cœur et poumon normaux. T. A. 14-8 1/2 au Vaquez. Pas de sucre, ni albumine dans ses urines. B. W. négatif.

Parmi les antécédents du malade, embarras gastrique dans le jeune âge, une blennorragie à 20 ans. Depuis 5 ans il souffre fréquemment et avec facilité de rhumes et maux de gorge.

En juillet dernier a présenté un amaigrissement de 4 kgs suivi de fatigue et anorexie. Au bout d'un mois de repos, il a repris son poids antérieur.

Il est le fils d'un homme de 82 ans bien portant et d'une femme morte de (?) Il est marié depuis 27 ans avec une femme de 52 ans qui à part une sciatique, dont elle souffre depuis 2 ans, n'a jamais présenté de maladie conséquente, sauf une fausse couche l'année du mariage ; et depuis ni enfants, ni fausses couches.

Le lendemain de cet examen on trouve un petit point blanc faisant saillie sur la tumeur, avec un vacanostyle on prépare un frottis de ce petit point et une ponction de la tumeur donne issue à du pus mélangé à du sang qu'on examine sur frottis et par une culture sur bouillon peptoné.

Dans le 1^{er} frottis on trouve une flore microbienne banale et des spirilles à Gram positif.

Dans le frottis de la ponction des coccis, quelques-uns groupés en chaînette à Gram positif.

Dans la culture on trouve du streptocoque à l'état pur en chaînette de 8 à 15 grains par chaînette à Gram positif.

Le 15 novembre, surlendemain de son entrée, la langue avait beaucoup diminué de volume et les troubles avaient disparu.

Le 17 novembre, la langue avait repris sa consistance normale et le malade quitte l'hôpital.

Le 25 novembre j'ai revu le malade et présente une langue normale, sauf un point cicatriciel déprimé au niveau de la ponction sur la face dorsale.

Il ne se plaint plus d'aucune gêne.

Intérêt de l'observation :

Il s'agit, chez ce malade, d'une forme très rare d'abcès de langue. Malgré qu'il a été causé par le streptocoque comme l'a prouvé l'examen bactériologique pratiqué, cet abcès revêtait une allure subaiguë. A première vue il présentait un problème diagnostique, car on pouvait le confondre avec une gomme syphilitique, mais l'interrogatoire a éclairé la nature de l'affection, en relevant l'épisode aigu survenu un mois auparavant.

CONCLUSION

Dans ce travail, nous voulons insister :

1° Sur le rôle étiologique joué par flore microbienne buccale dont la virulence aurait été exarcerbée par une affection locale (angine, amygdalite, affection dentaire, etc...) ou générale.

2° Sur le rôle pathogénique joué très probablement par les glandes salivaires linguales en servant comme point de départ de l'infection;

3° Sur l'intérêt clinique des formes subaiguës par les difficultés diagnostiques qu'elles soulèvent et qui nécessitent une ponction exploratrice pour fixer la nature de l'affection.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
GOUGEROT.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Obs. I. — LAROYENNE et BELLY (*Lyon Médical* 1931, p. 250).
- Obs. II. — TRUFFERT (*Bulletin Médical* 1932, p. 460).
- Obs. III. — HAMANT et ROTHAN (*Rev. Médicale de l'Est*, n° 12, juin 1934).
- Obs. IV. — CLAVEL et PLANCHU (*Lyon Médical*, 14 août 1932).
- Obs. V. — *Personnelle*. — Service du Docteur HALPHEN (*Hôpital Saint-Louis*).
- Obs. VI. — DUNET et MICHON (*Revue de Chirurgie* 1923, p. 419).
- Obs. VII. — PAPIN (*Bordeaux Chirurgical*, n° 12, avril 1933).
- Obs. VIII. — *Personnelle*. — Service du Docteur MILIAN (*Hôpital Saint-Louis*).
- ABOULKER. — *Abcès de la langue* (Thèse Paris 1932).
- AROUX et JAUREQUI. — *Abceso de la lengua* (*Rev. Assoc. Médica Argentina* 1923, p. 70).
- AUVRAY. — *Fibrome de la langue* (*Bulletins et Mém. Soc. nat. de chirurgie* 1926, p. 1250).
- BAILLEUX. — *Essai sur la glossite* (Thèse Paris, 1840).
- BARLOW. — *Actinomycosis of the tongue* (*Laryngoscope* 1925, p. 314). *Lingual abscess* (*Boston M. and S. journal* 1925, p. 353).
- BAUDET et DIEULAFE. — *Abcès et phlegmons* (*Arch. de Méd. et pharm. mil.* 1933, p. 623).
- BIDART et MALBRAIN. — *Abceso de la lengua* (*Prensa Médica Argentina* 1928, p. 910). *Abcesos centrales de la lengua* (*Semana Médica* 1929, p. 1332).
- BRESCHET et FINOT. — *Dictionnaire de Sciences Médicales*, 1817.
- BRISSAUD, PINARD et RECLUS. — *Pratique Médico chirurgicale* 1907).
- BUISSON. — *Dictionnaire Dechambre* 1868. Article Langue.
- CAULIER. — *De la glossite profonde aiguë* (Thèse Paris, 1885).
- CHASSAIGNAC. — *Traité de la Suppuration* (Tome II, p. 162).
- CIRILLO. — *Sarcoma primario* (*Riforma Médica*, 1930).
- CLAVEL et PLANCHU. — *Abcès de la langue* (*Lyon Médical*, 14 août 1932, p. 171).

- CIANTINI. — Cas de neurinome de la langue (*Policlinica Sez. Chir.* juillet 1932, p. 413).
- COMBIER et MURARD. — Les abcès de la langue (*Presse médicale* 1922, p. 789).
- DANLOS. — Gomme tuberculeuse (*Soc. de Derm. et Syphi.* 1903, p. 232).
- DEIAPORTE. — Essai sur la glossite (*Thèse Paris*, 1817).
- DUNET et MICHON. — Les abcès de la langue (*Rev. de Chir.* 1923, p. 419).
- DUPUY DE FRENELLE. — Abcès de la langue (*Concours Médical* n° 1, 7 janvier 1934).
- DARIER. — Dermatologie (Masson).
- DUPERRIER. — De la glossite profonde aiguë (*Thèse Paris* 1907).
- FANTAZZI. — Un altro caso di ascesso freddo della lingua (*Policlinico Roma* 1925, p. 1282).
- GAILLARD. — Abcès profond intramusculaire de la langue (*Soc. de Méd. et S. Médicales*, juillet 1928, p. 137).
- GALLIARD. — *Société Méd. des Hôp. de Paris*, 12 mai 1906.
- GOUGEROT et CRUISSANT. — Gommies ulcérées de la langue et de la lèvre supérieure de nature probablement tuberculeuse (*Bulletin Soc. Française de Derm. et Syphi.*, 1911).
- GOUGEROT. — Traitement de la syphilis en clientèle (*Maloine*).
- GAUCHER et WEIL. — Un cas de gomme syphilitique de la langue (*Soc. de Dermatologie et Syphilographie*, 1903, p. 83).
- HALPHEN. — *Observation inédite in Thèse Aboulker*.
- HAMANT et ROTHAN. — Abcès de la langue (*Rev. Méd. de l'Est*, n° 12, juin 1934).
- IVANOF MARKOFF. — Abcès froids de la langue (*Thèse Montpellier*, 1915).
- KIRMISSON. — Manuel de Pathologie externe.
- LAROYENNE et BELLY. — Abcès de la langue (*Lyon Médical* 1931, p. 250).
- LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*.
- LENORMANT. — *Précis de pathologie externe*.
- MAISONNEUVE. — *Thèse d'Agrégation*, 1848.
- MAITRE-ROBERT. — Contribution à l'étude des abcès de la langue (*Thèse Lyon*, 1927).
- MANEGAUX. — *Pratique Médico-chirurgicale*.

- MARONNEAUD. — Contribution à l'étude des abcès de la base et de la racine de la langue (*Thèse Bordeaux*, 1922-1923).
- MAYOUX et PARTHIOT. — A propos des suppurations de la langue (*Lyon Médical*, 4 mars 1934).
- MERCADE. — Abcès froid de la langue (*Gaz. des Hôp.* 1904, p. 993).
- MICHON et DOUILLET. — Un cas d'abcès profond de la langue (*Soc. de Méd. et des Sc. Méd.*, 27 nov. 1929).
- MILIAN. — Gommès et abcès froids staphylococciques (*Revue de Dermatologie*, 1928, p. 20).
- MORESTIN (*Bull. et Mém. de la Société d'Anatomie*, 1911).
- PAPIN. — Abcès de la langue (*Bordeaux Chirurgical*, n° 2, avril 1933).
- PATEL et MONTEL. — Abcès de la langue (*Soc. de Méd. et Sc. Médicales*, 22 février 1928).
- PETRIDIS (*Bull. et Mém. de la Soc. d'anatomie*, 1923).
- RIMAUD. — Abcès lymphangitique du corps de la langue (*Rev. de Stomatologie* n° 30, 1928, p. 292. (*Annales des mal. de l'Oreille et du Larynx*, n° 40, 1927, p. 373).
- ROUBENOVICH (*Thèse Lyon* 1924). Fibromes de la langue.
- RUPPE. — Pathologie de la bouche.
- ROUVIÈRE. — Les lymphatiques, 1932.
- ROFFO. — Lipoma cistico sumucoso (*Preusa Médica Argentina*, 14 juin 1933, p. 1319).
- SABRAZÈS et BOUSQUET (*Presse Médicale*, 1899, p. 300).
- SAENZ. — Contribution à l'étude de la glossité profonde aiguë (*Thèse Montpellier*, 1906).
- SAINTON. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 12 mai 1916.
- SANTI. — Ascesso acuto della lingua in un bambino lattante (*Poli-clinico*, n° 36, 6 mai 1929, p. 627).
- SUDAKA. — Les abcès de la langue (*Algérie Médicale*, Décembre 1927).
- SEBILEAU. — Cancer de la langue. (*Collection du cancer*).
- SYME. — Abscess of tongue (*J. Larynx et Otol*), n° 49, avril 1934, p. 267).
- SÉZARY. — Dermatologie (*Masson*).
- TESTUT et LATARJET. — Traité d'Anatomie humaine.
- TEDENAT. — Abcès médio-linguaux (*Progrès Médical*, 6 mars 1926).

- TEXIER et LEVESQUE. — Un cas d'abcès de la base de langue chez un nourrisson (*Annales des Mal. de l'oreille, nez et pharynx*, 1923, p. 528).
- TEXIER et LEVESQUE. — *Revue de Stomatologie*, 1923, p. 574.
- TRUFFERT. — De l'amygdalite phlegmoneuse linguale (*Bull. médical*, 1932, p. 460).
- TADDEI. — Di un ascesso freddo primitivo de la lingua (*Stomatol.* XX, 1922, p. 411).
- THEBAUD. — Etude sur la glossite parenchymateuse aiguë (*Thèse Paris*, 1894).
- TEMPESTINI. — Forme fréquente de glossite dans la tuberculose (*Gior. de fisiologie*, 30 avril 1932, p. 90).
- VALERIO. — Dois casos de abscessos da lingua (*Brazil Med.* 1924, p. 215).
- VENETIANER. — Un cas d'actinomycose de la langue (*Zentralblatt für chirurgie*, juin 1931, p. 1625).
- VENOT. — Abcès froid de la langue (*Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 10 juillet 1914).
- VIOLLAUD. — Essai sur la glosite (*Thèse Paris*, 1815).
- WORMS et BERCHER (*Presse médicale* 1922, p. 973).
- YVER. — Les abcès et les œdèmes aigus de la langue (*Arch. de Méd. navale* 1926, p. 111).
- ZAZOWKI. — (*Bull. général de thérapeutique*, 1844).
- ZUBERBIER. — Inflammation de la base de la langue (*Warszawskie czasop. lek.*, 7 avril 1932, p. 322 et 14 avril 1932, p. 348).
-

